

Traitement médical et paramédical

☐ Kinésithérapie

Nature des séances : fréquence : fois par semaine
Peuvent-elles être interrompues pendant le séjour ? ☐ oui ☐ non

☐ Soins infirmiers

Nature des soins : fréquence : fois par semaine
Peuvent-ils être interrompues pendant le séjour ? ☐ oui ☐ non

☐ Médicaments prescrits par un médecin

Prise de médicament ☐ au lever ☐ au petit déjeuner ☐ au déjeuner
☐ au goûter ☐ au dîner ☐ au coucher

Le jeune gère t-il la prise de son traitement seul ? ☐ oui ☐ non

Merci de joindre à ce dossier une copie de la (des) prescription(s) et de mettre l'original ainsi que la quantité nécessaire de médicaments dans la valise du jeune. Merci de préparer un pilulier pour les premiers jours du séjour.

En cas d'urgence pendant le séjour, nous pourrions joindre

Attention, il est nécessaire de nous communiquer les coordonnées de personnes joignables pendant le séjour

➡ Nom - Prénom : Si lien de parenté : quel est ce lien ?

Adresse :

Code postal : Ville : Tél. :

➡ Médecin traitant

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville : Tél. :

➡ Médecin et/ou service spécialisé

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville : Tél. :

Pièces à joindre au dossier obligatoirement

☐ Photocopie de la carte d'invalidité.

☐ Photocopie de la carte d'assuré(e) social(e) et de l'attestation.

☐ Le dossier médical (feuillet joint).

☐ Copie des prescriptions médicales (médicaments, soins kiné ou IDE, location de matériel...).

☐ Si l'enfant se rend sur le séjour avec son fauteuil roulant électrique, la photocopie de l'assurance du fauteuil.

☐ Le dossier de demande de bourse ANCV si l'enfant a besoin d'un accompagnateur supplémentaire.

☐ Le chèque de frais de dossier 10 € pour les adhérents et 30 € pour les non-adhérents.

☐ Une copie de votre carte d'adhérent à l'APF.

Je soussigné(e), (nom et prénom)

domicilié(e) au : (adresse et tel)

agissant en qualité de représentant légal* de l'enfant (ou de l'adolescent) déclare avoir rempli avec objectivité ce dossier. Je m'engage à lire et respecter les conditions générales et particulières de l'organisme de vacances partenaire qui accueillera le jeune. Je m'engage à régler directement l'organisme de vacances ou à lui fournir les originaux de prises en charge (Bons CAF, bons vacances...).

Si l'enfant vient au séjour avec un fauteuil roulant électrique, il apportera également et impérativement un fauteuil manuel.

* ☐ père ☐ tuteur
☐ mère ☐ autre, préciser :

Certifié exact, lu et approuvé, à le 20

Signature

Les données contenues dans ce dossier sont informatisées pour un meilleur traitement par APF Evasion ; conformément aux lois en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification, que vous pouvez exercer en vous adressant à APF Evasion.



ASSOCIATION DES PARALYSÉS DE FRANCE

Séjours de vacances en intégration "Enfants - Adolescents"

Dossier individuel

Nom et prénom de l'enfant :

Nom de son responsable légal si différent :

Adresse :

.....

Tél. :

Date de naissance :/...../.....

Nationalité :

N° de sécurité sociale :

.....

Nom de l'assuré :

Adresse de la caisse ou de l'organisme

assimilé :

..... Tél. :

Type de déficience

☐ Motrice ☐ Sensorielle (surdité, cécité)
☐ Mentale ☐ Comportementale (mal être, hyperactivité, troubles du comportement, carences affectives ou éducatives)

Origine du handicap (Diagnostic médical) :

.....

Année où il a débuté :

Cadre réservé à l'APF

N  D'INSCRIPTION :

.....

Cachet de la Délégation ou de l'établissement APF
et signature du délégué départemental ou du directeur

Dossier suivi en délégation ou en établissement par :

Nom :

Fonction :

Organisme partenaire :

Lieu du séjour :

Nom du séjour :

Dates de séjour :

Accompagnateur supplémentaire :

Bourse ANCV-APF :

Séjour(s) choisi(s) (de 1 à 4 par ordre de préférence)

1 : Partenaire : du au

2 : Partenaire : du au

3 : Partenaire : du au

4 : Partenaire : du au

Ou accepterait d'autres propositions de séjours pour un départ : ☐ en juillet ☐ en août

☐ vacances scolaires hors été, zone scolaire : ☐ Toussaint ☐ Noël ☐ Hiver ☐ Printemps

A déjà participé à un séjour en intégration par l'intermédiaire d'APF Evasion : ☐ oui ☐ non

Si oui, date et lieu du dernier séjour :

Je viendrai au séjour :

☐ sans fauteuil roulant

☐ avec un fauteuil manuel pliant

☐ avec un fauteuil manuel NON pliant

☐ avec un fauteuil électrique pliant* ☐ avec un fauteuil électrique NON pliant* * Assurance obligatoire

Dimensions du fauteuil électrique Hauteur : cm Largeur : cm

ou du manuel s'il n'est pas pliant Profondeur : cm Poids : kg

Si fauteuil électrique, coordonnées du réparateur :

..... Tél.:

Autres matériels emportés (déambulateur, lève personne, si ge douche/Gaillot  ...) :

Certains séjours proposent un voyage collectif (voir catalogue) :

• Le jeune souhaite participer au voyage collectif : ☐ non ☐ oui au départ de (ville)

• L'enfant est titulaire d'un avantage tierce personne* : ☐ non ☐ oui

* mention apposée sur la carte d'invalidité par la COTOREP

Veuillez agraffer une photo récente
et prise en entier
(Attention : PAS de photo d'Identité)
Photo de bonne qualité
(pas de photocopie)
Cette photo sera conservée par le
service APF Évasion.

Merci de cocher les cases des situations correspondant le mieux. Plusieurs réponses sont possibles. N'hésitez pas à rajouter des détails dans la partie « informations que vous souhaitez... » en fin de dossier. **Merci de lire et compléter chaque rubrique.**

DÉFICIENCE MOTRICE

➡ **L'ENFANT OU L'ADOLESCENT PEUT MARCHER :**

- ☐ seul(e) pendant h mn
- ☐ allure ordinaire (pas d'atteinte des membres inférieurs)
- ☐ monter et descendre seul(e) les escaliers
- ☐ utilise des cannes ou des béquilles
- ☐ utilise parfois un fauteuil (préciser les conditions d'utilisation du fauteuil dans le paragraphe ci-dessous)
- ☐ avec l'aide de quelqu'un
- ☐ lentement
- ☐ monter et descendre seul(e) quelques marches
- ☐ utilise un déambulateur

➡ **L'ENFANT OU L'ADOLESCENT UTILISE UN FAUTEUIL :**

- ☐ en permanence (à préciser)
- ☐ ne peut pas se tenir debout
- ☐ a un appui plantaire (transfert...)
- ☐ occasionnellement pour les sorties et il emportera son fauteuil sur le lieu du séjour
- manœuvre seul(e) son fauteuil manuel
 - ➡ à l'intérieur : ☐ oui ☐ non
 - ➡ à l'extérieur : ☐ oui ☐ non
 - manœuvre seul(e) son fauteuil électrique
 - ➡ à l'intérieur : ☐ oui ☐ non
 - ➡ à l'extérieur : ☐ oui ☐ non

* Assurance obligatoire, joindre la photocopie de l'attestation d'assurance

LA VIE EN GROUPE

- L'enfant ou l'adolescent participe-t-il facilement à la vie de groupe ? ☐ oui ☐ non
- Doit-on l'inciter à faire des efforts particuliers ? ☐ oui ☐ non
- ➡ Si oui, dans quels domaines doit-il être stimulé :
- Son argent de poche doit-il être confié au responsable du séjour ? ☐ oui ☐ non
- Gère-t-il cet argent seul ? ☐ oui ☐ non
- Quels sont les signes extérieurs qui peuvent aider à déceler une douleur ou un malaise ?
.....
- Est-il facilement fatigable ? ☐ oui ☐ non

GOÛTS ET APTITUDES

- Indiquez les passe-temps et loisirs favoris du jeune (ex : dessin, peinture, lecture, modelage, travaux manuels, expression corporelle, informatique, balades...) :
- Pratique d'activités sportives (même occasionnelles) :
- Joue-t-il d'un instrument de musique :
- Peut-il nager ? ☐ seul(e) ☐ avec une aide ☐ avec une bouée (non fournie)
- Peut-il : ☐ lire (même avec difficultés) ☐ écrire (même avec difficultés) ☐ compter (même avec difficultés)
- En quelle classe est-il ?.....

- Quels sont ses souhaits particuliers pour ses vacances en intégration ?

En terme de destination (mer, campagne, montagne, ville) :

INFORMATIONS QUE VOUS SOUHAITEZ COMMUNIQUER AUX PERSONNES QUI ACCUEILLERONT LE JEUNE PENDANT SES VACANCES

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

CONFORT PERSONNEL

- ☐ n'a aucune difficulté pour la miction ou pour aller à la selle.
- ☐ a des difficultés pour la miction ou pour aller à la selle.

S'IL Y A DES DIFFICULTÉS, MERCI DE COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS

• MODE DE MICTION :

- ☐ normal (sur W-C) ☐ bassin ou « pistolet » ☐ étui pénien (ou vulvaire) + poches d'urines
- ☐ sondage, ... fois par jour (effectué par un tiers)
- ☐ auto sondage, ... fois par jour (assure seul(e))
- ☐ sonde à demeure : fréquence du remplacement :
- ☐ stomie urinaire (urétérostomie...) : fréquence du remplacement :
- ☐ protection (couches, alèses...) autres, préciser :

• Quelque soit le mode de miction :

- ☐ assure seul(e) en toutes circonstances (voyage...)
- ☐ aide partielle ou dans certains cas (préparation du matériel)
- ☐ aide importante ou totale (assuré par un tiers)

• Cependant, des « fuites » peuvent survenir :

- ☐ jamais ou exceptionnellement
- ☐ assez fréquemment ☐ la nuit
- ☐ tous les jours ou presque ☐ le jour

L'enfant ou l'adolescent suit-il un programme de rééducation urinaire ? ☐ oui ☐ non

• MODE DE DÉFÉCATION

- ☐ normal (sur W-C) ☐ sur bassin
- ☐ utilise des produits locaux (type microlax®) Si oui, à quelle fréquence :
- ☐ exonération digito-rectale (doigtier) fois par jour ou fois par semaine
 - ☐ par l'enfant ou l'adolescent ☐ par un tiers
- ☐ stomie digestive : fréquence du remplacement :
- ☐ protection car incontinence

• Quel que soit le mode de défécation

- ☐ assure seul(e) ☐ aide partielle ou dans certains cas ☐ aide importante ou totale

• Cependant, des « fuites » peuvent survenir :

- ☐ jamais ou exceptionnellement ☐ assez fréquemment ☐ tous les jours ou presque
- ☐ le jour ☐ la nuit

ATTENTIONS PARTICULIÈRES

LE JOUR

- Le temps de repos allongé quotidien (sieste) est-il indispensable : ☐ oui ☐ non
- En dehors de la sieste, le jeune doit-il rester allongé ? ☐ oui ☐ non

Si oui, combien de temps : et à quel moment de la journée :

LA NUIT

- Doit-on avoir une attention particulière au temps de sommeil ? ☐ oui ☐ non
- A-t-il besoin d'une surveillance particulière ? ☐ oui ☐ non

- Comment doit-il être allongé ? ☐ sur le côté ☐ sur le dos ☐ sur le ventre
 - ☐ droit ☐ gauche ☐ peu importe

- Doit il changer de position durant son sommeil ? ☐ oui ☐ non

➡ Si oui, indiquer la fréquence des retournements :

- A-t-il des prothèses spécifiques pour la nuit (ex : coussin de mousse adapté) ☐ oui ☐ non

➡ Si oui : ☐ toute la nuit ☐ une partie de la nuit : de h à h

- Y a-t-il des précautions à prendre pour porter et installer l'enfant ? ☐ oui ☐ non

➡ Si oui, préciser :

Est-il souhaitable que le lit ait des « bas-flancs » : ☐ oui ☐ non

➡ L'ENFANT OU L'ADOLESCENT UTILISE SES MEMBRES SUPÉRIEURS :

- Motricité des bras : ☐ ordinaire ☐ mouvements athétosiques (incontrôlés) ☐ peu de force (ne peut pas soulever d'objets lourds)
- Motricité des mains : ☐ ordinaire ☐ pas de motricité fine (difficulté dans les gestes demandant de la précision) ☐ peu de force

➡ MATÉRIEL DE CONFORT

- A-t-il besoin d'appareils particuliers ou de prothèses ? ☐ oui ☐ non

➡ Si oui, de quel type :

Quelle en est la fréquence de port :

Merci de joindre le mode d'emploi de la pose si nécessaire.

- Quantité de matériel nécessaire pour le séjour (non fourni par le séjour) :

- nombre de couches : par semaine
- nombre de sondes : par semaine
- nombre d'étuis péniers : par semaine

- L'enfant ou l'adolescente est-elle réglée ? ☐ oui ☐ non

- A-t-il besoin d'une verticalisation journalière : ☐ oui ☐ non

➡ Si oui, préciser : la fréquence : fois par semaine
et le temps d'utilisation h à chaque fois

Apportera-t-il le matériel nécessaire sur le lieu du séjour ? ☐ oui ☐ non

- Porte-t-il des lunettes ? ☐ oui ☐ non

DÉFICIENCE MENTALE

Le jeune comprend t-il une consigne simple (règle d'un jeu, consignes de sécurité) : ☐ oui ☐ non

A-t-il la notion du danger ? ☐ oui ☐ non

Si non quelles précautions particulières pouvez-vous conseiller à l'équipe d'encadrement ?

.....
.....
.....
.....

A-t-il la notion du temps ? ☐ oui ☐ non

A-t-il la notion de l'espace ? Sait-il se repérer dans un lieu ? dans un groupe ? ☐ oui ☐ non

Sur combien de temps peut-on mobiliser sa concentration : ☐ aucune concentration possible

☐ quelques minutes

☐ 1 heure

☐ plus d'une heure

Si le jeune a un retard de développement ou d'acquisition, à quelle tranche d'âge diriez-vous qu'il se rapproche le plus : Physiquement (taille, puberté...) : ans

Intellectuellement (lecture écriture, logique...) : ans

Dans ses centres d'intérêts (jeux, habitudes...) : ans

A-t-il un déficit de communication ? ☐ oui ☐ non

De quel ordre : ☐ trouble du langage ☐ Absence de langage

☐ trouble du comportement (cf rubrique comportement)

A-t-il des « rituels » à respecter ? ☐ Non ☐ Oui lesquels

.....
.....
.....
.....

Quelles sont ses relations aux autres ? (isolé, possessif, observateur...)

.....
.....
.....

DÉFICIENCE AUDITIVE

Quel est le degré de déficience auditive du jeune : ☐ non-entendant ☐ gauche ☐ droite
☐ malentendant ☐ gauche ☐ droite

Le jeune porte t-il une prothèse auditive : ☐ Non ☐ Oui ☐ gauche ☐ droite

Le jeune porte t-il des implants Cochléaires : ☐ Non ☐ Oui ☐ gauche ☐ droite

Quel entretien doit-on mettre en place (nettoyage, changement pile...) ? A quelle fréquence ?
.....
.....
.....

Dans sa communication avec les autres, le jeune ☐ lit sur les lèvres
☐ utilise le langage des signes
☐ utilise une gestuelle propre et simple
☐ parle
☐ n'a aucun moyen de communication

DÉFICIENCE VISUELLE

Quel est le degré de déficience visuelle du jeune : ☐ non-voyant ☐ gauche ☐ droit
☐ malvoyant ☐ gauche ☐ droit

☐ ne voit pas de près ☐ ne voit pas de loin
☐ ne voit pas les reliefs ☐ ne voit pas les couleurs

Autre :

Le jeune porte t-il des lentilles de contact ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui gère t-il la pose et l'entretien seul ? ☐ Oui ☐ Non

Le jeune porte t-il des lunettes ? ☐ Oui ☐ Non

Le jeune viendra t-il avec une paire de lunette de « secours » ? ☐ Oui ☐ Non

A quels moments de la journée ou pour quelles activités l'enfant doit-il porter lunettes ou lentilles ?
.....
.....
.....

Comment se déplace t-il ? ☐ seul à l'aide d'une canne blanche
☐ Au bras de quelqu'un
☐ Seul quand il connaît les lieux
☐ Toujours accompagné

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR TOUT TYPE DE DÉFICIENCE

ATTITUDES ET COMPORTEMENTS

Le jeune est-il sujet à des troubles du comportement, sautes d'humeur... ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de nous préciser,
Ce qui caractérise le trouble ou la crise (automutilation, cris, isolement, mise en danger, agressivité...) :.....
.....
.....
.....

Ce qui déclenche ou peut déclencher la « crise » :
.....
.....
.....

Ce qui peut calmer, arrêter la « crise » :
.....
.....
.....

AUTONOMIE GESTUELLE

Dans les gestes de la vie quotidienne décrits ci-dessous, préciser ce que l'enfant ou l'adolescent peut faire à son rythme.

• Se lève et se couche	☐ seul(e)	☐ aide partielle	☐ aide totale
• Fait sa toilette (lavabos)	☐ seul(e)	☐ aide partielle	☐ aide totale
• Se douche ou se baigne	☐ seul(e)	☐ aide partielle	☐ aide totale
• Se rase (si nécessaire)	☐ seul	☐ aide partielle	☐ aide totale
• S'habille	☐ seul(e)	☐ aide partielle	☐ aide totale
• Mange	☐ seul(e)	☐ aide partielle	☐ aide totale
☐ avec des couverts ordinaires	☐ uniquement à la cuillère	☐ avec ses propres couverts *	
• Boit	☐ seul(e)	☐ aide partielle	☐ aide totale
☐ au verre	☐ avec son propre gobelet *	☐ avec une pipette ou une paille	

* à emporter sur le lieu du séjour

COMMUNICATION

☐ a l'usage de la parole (préciser) ☐ ordinaire ☐ difficile ☐ très difficile

☐ n'a pas l'usage de la parole
➡ utilise des accessoires de communication ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels * : ☐ pictogramme ☐ alphabet ☐ ordinateur à synthèse vocale
➡ possède son propre langage (code), par signes ou onomatopées : ☐ oui ☐ non

(Si oui, merci de nous communiquer avant le séjour une note explicative) * à emporter sur le lieu du séjour

ALIMENTATION

Y a-t-il des aliments à éviter à tout prix ? ☐ oui ☐ non

➡ Si oui, lesquels :
➡ Et pourquoi ? :

Présentation des aliments : ☐ normaux ☐ mixés ☐ hachés menus

L'enfant ou l'adolescent est-il sujet aux fausses routes ? ☐ oui ☐ non

➡ Si oui, y a-t-il des « trucs » pour les éviter ?

Suit-il un régime alimentaire ? ☐ oui ☐ non

➡ Si oui : ☐ rigoureux ☐ souple

Merci de préciser le type de régime (hypocalorique, sans sel, religieux...) :

AUTONOMIE RESPIRATOIRE

☐ n'a aucun problème respiratoire

☐ doit faire attention (sensibilité aux infections, précautions altitude ou effort - Kiné)
Préciser :

☐ est trachéotomisé(e) (actuellement)

☐ a de l'oxygène de façon intermittente ou permanente
Préciser :

☐ a une ventilation nocturne assistée (respirateur) : nocturne/permanente
Préciser :

Pour toute assistance respiratoire, merci de joindre au dossier d'inscription, une note explicative.

ÉPILEPSIE ÉVENTUELLE

☐ n'est pas sujet aux crises d'épilepsie

☐ est sujet aux crises d'épilepsie

➡ Si oui, préciser la fréquence : tous les
Conseil en cas de crise :